

中国初级卫生保健基金会
生命绿洲患者援助公益基金

苏达新生患者援助项目

第 次医学随访表

申请人填写					
姓 名		本人联系电话		家属联系电话	
项目医院				项目医生	
项目医生填写					
最近一次影像学检查评估					
(如果本周期用药前有影像学评估需填写，否则不需要填写)					
方法 ☐ CT ☐ MRI ☐ 其他		评估结果 ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD			
使用苏泰达®(索凡替尼胶囊)治疗是否有不可耐受的毒副反应： ☐ 无 ☐ 有 如有， 请描述：_____ (本栏如未勾选，本评估表无效)					
提示: 治疗期间根据个体患者的安全性和耐受性，允许暂停给药或根据医生建议调整苏泰达®(索凡替尼胶囊)剂量。					
项目医生签字： 项目医生盖章： 填 表 日 期：					
备注： *本医学随访表有效期 2周(14天)，逾期无效。 *请申请人配合项目医生完整填写此表，避免因填写原因(缺填、漏填、错填等)造成此表格作废。					